PHYSIO DEUTSCHLAND

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Videobehandlung

Hiermit erkläre ich:

_____

Name Vorname Geburtsdatum

_____

Straße Postleitzahl Wohnort

_____

E-Mail-Adresse Tel. Nr.

durch die Mitarbeiter der Praxis _____ ausreichend über den Ablauf der physiotherapeutischen Videobehandlung sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videobehandlung freiwillig ist und die Nutzung für mich keine weiteren Kosten verursacht, da dies auf der Grundlage meiner ärztlichen Verordnung zur Physiotherapie abgedeckt wird.

Ich versichere, dass

- die Videobehandlung in einem geschlossenen Raum und ruhiger Umgebung stattfindet, damit die Behandlung ungestört und unter Gewährleistung der Datensicherheit erfolgt.
- anwesende Personen im Raum zu Beginn vorgestellt werden.
- anwesende Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden.
- ich keine Bild- und/oder Tonaufzeichnungen mache.
- Mir die technisch erforderlichen Voraussetzungen für die Nutzung der Videobehandlung zur Verfügung stehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Termin mit Datum, Uhrzeit und Dauer) zur Dokumentation der stattgefundenen Videobehandlung gespeichert werden. Diese Daten dienen einzig zu Dokumentations-zwecken und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Physiotherapeuten ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

_____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten